FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR LE

Docteur Antoine LUIGGI

Né à

MONTICELLO (Corse), le 13 Mai 1900

DE LA MOBILITÉ DE LA TÊTE FŒTALE CHEZ LES PRIMIPARES à la fin de la Grossesse

---

Président : **M. BRINDEAU,** *Professeur*

EDITEUR : IMPRIMERIE BOURBONNAISE

5, rue Berthelot, MOULINS (Allier)

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BESANÇON. ACHARD. WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentl[e].
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie
RIBIÈRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Phisiologie.
TANON	Phatologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
M. RETTERER	Histologie

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale
LEREBOULLET .	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

Imprimerie Bourbonnaise. — Moulins-sur-Allier

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

(faible témoignage de ma profonde gratitude)

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR **BRINDEAU**

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTETRICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Joulin, dans son traité d'accouchements, fait des contestations analogues : « l'engagement de la tête est parfois commencé avant que les premières contractions ne se manifestent. Il n'est pas rare chez certaines femmes de rencontrer plusieurs jours avant l'accouchement la tête du fœtus coiffée de la paroi utérine et descendue jusqu'à la partie moyenne de l'excavation. »

Ainsi donc, pendant la première moitié du dix-neuvième siècle, les auteurs semblent placer l'engagement, en moyenne une quinzaine de jours avant le travail, sans séparer d'ailleurs les primipares des multipares.

Il faut arriver jusqu'à l'atlas de Lenoir, Sée et Tarnier (1865), pour voir esquissée cette distinction capitale, que Schrœder affirme d'une façon plus formelle : « Chez les primipares, au début de l'accouchement, la tête entourée par le segment inférieur se trouve déjà dans le petit bassin, tandis que, chez les multipares, ce n'est que pendant le cours de l'accouchement qu'elle pénètre dans le bassin. »

Les ouvrages de Girard, de Duncan, de Carre, de Verrier, de Champetier, n'apportent sur la question aucune donnée nouvelle.

Tarnier et Budin dans leur traité, en 1888, enseignent que ; « l'engagement est souvent exécuté à la fin de la grossesse avant le début du travail, surtout chez la primipare. »

Plus loin précisant davantage, ils placent l'engagement pour ces dernières « dans la dernière quinzaine de la grossesse. »

Puis, c'est l'évolution vers l'opinion actuelle de l'engagement précoce.

Le traité de Bar, Brindeau et Chambrelent (1909) donne les indications suivantes ; « D'ordinaire, quand tout est normal, on trouve la tête fixée au détroit supérieur ou même descendue dans l'excavation, au cours des deux derniers mois de la grossesse chez les primipares, pendant les quinze derniers jours chez les multipares. »

Pinard va même plus loin. Dans son traité du palper, nous lisons ; « La tête pénètre dans l'excavation dans les trois derniers mois de la gestation chez les primipares, dans le dernier mois ou les quinze derniers jours chez les multipares. «

L'accoucheur doit suivant la formule de Varnier dans son obstétrique journalière, s'assurer à 7 mois 1/2 chez les primipares que la présentation du fœtus est régulière, c'est-à-dire que : non seulement la tête est en bas, mais qu'elle est moins engagée, ou moins solidement fixée à l'entrée du bassin. » L'absence ce cet engagement doit faire redouter quelque anomalie placenta prœvia, hydramnios, hydrocéphalie et surtout une dystocie pelvienne dont la mobilité anormale de la tête constitue le meilleur signe de présomption.

Certains auteurs, s'écartent un peu de la doctrine classique. Wallich dans son précis (4e édition 1921. page 85) s'exprime ainsi ; « Sous l'influence de la conexité de l'utérus et des muscles abdominaux, la tête pénètre dans le bassin chez la primipare vers sept mois et demi ou huit mois de grossesse, tandis que cet engagement ne s'effectue le plus souvent, chez la multipare, qu'au moment du travail.

La conclusion de ce fait est que lorsque la tête reste non engagée chez une primipare, huit mois après la cessation des règles, il faut rechercher quelle est la cause qui empêche cette pénétration ; attitude ou volume du fœtus, placenta bas, tumeur pelvienne, rétrecissement du bassin, etc.

Mais l'engagement doit alors être recherché, d'une façon précise, suivant le procédé de Farabeuf. En procédant ainsi, Lacasse et moi, nous avons pu constater que l'engagement s'effectuait plus tardivement qu'on ne croit, au cours de la grossesse. ».

Dans le traité d'Obstétrique de Ribemont Dessaigne et Lepage (8e édition 1914, page 274), on lit : « Chez la primipare la tête est habituellement assez profondément engagée et même très fléchie avant tout début de travail ».

Les professeurs Audebert et Baux, en 1910, signalèrent qu'un

certain nombre de femmes primipares conservent jusqu'à la fin de la grossesse, une tête mobile au détroit supérieur.

Le professeur Fabre avait attiré l'attention sur le même fait. Le professeur agrégé Rheuter, de Lyon, fut conduit, en 1921, à préciser ces faits par une recherche méthodique. Il arriva à cette conclusion : « Dans 20 p. 100 des cas, chez les primipares ne présentant aucune anomalie maternelle, fœtale ou ovulaire ayant accouché à terme d'enfants de poids suffisant, la tête fut trouvée mobile au détroit supérieur dans les derniers jours de de la grossesse.

De telles conclusions s'écartent notablement de la doctrine classique.

CHAPITRE II

L'Engagement — Son Diagnostic

L'engagement de la tête a été défini d'une façon précise par Farabeuf : c'est la situation de la tête lorsque les bosses pariétales ont franchi le détroit supérieur. Ainsi défini, l'engagement ne se confond pas avec la descente, comme dans les auteurs un peu anciens.

Nous adoptons la définition que donnent Dubrisay et Jeannin : « L'engagement proprement dit est le passage au travers du détroit supérieur de la circonférence maxima de la tête préalablement amoindrie et orientée. ».

Cette définition est précise. Une tête n'est pas plus ou moins engagée ; elle est ou elle n'est pas engagée.

Comment mesurer l'engagement ?

Interrogatoire.— Le ventre a diminué de volume. L'estomac et le diaphragme sont plus à l'aise, tandis que le rectum et la vessie le sont moins. Les varices et l'œdème, s'il en existe, sont plus marqués qu'auparavant du côté des membres inférieurs et des organes génitaux externes. Sans engagement vrai, ne suffit-il pas pour expliquer cette gêne, que la tête soit fixée au détroit supérieur sans interposition notable de liquide amniotique ?

Inspection et mensuration. — La hauteur de l'utérus a parfois diminué de plusieurs centimètres.

Palper.— Auparavant, on sentait très bien la tête plus ou moins élevée et plus ou moins mobile au-dessus du détroit supérieur. Maintenant, on ne sent plus la tête qu'à l'extrémité

A MES MAITRES DES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR CLAUDE ;

M. LE PROFESSEUR CUNÉO ;

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN ;

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE ;

M. LE PROFESSEUR LEGUEU ;

M. LE PROFESSEUR SÉBILLEAU ;

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LŒPER ;

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PROUST ;

M. LE PROFESSEUR AGREGE RATHERY ;

M. LE DOCTEUR FUNCK-BRENTANO ;

M LE DOCTEUR GUILLEMOT ;

M. LE DOCTEUR HUDELS ;

INTRODUCTION

D'après les auteurs classiques, chez la primipare dont l'enfant se présente par le sommet, la tête fœtale doit, si les conditions sont normales, s'engager dans les dernières semaines de la grossesse.

Des monographies remarquables ont paru sur ce sujet. A la lecture de ces mémoires il nous a paru tout d'abord que la question était complètement traitée.

Monsieur le professeur agrégé Vaudescal nous a cependant conseillé de prendre cette étude comme sujet de notre thèse. Il pensait et nous pensons avec lui, qu'un travail de contrôle purement clinique était encore à faire. Placé dans des conditions exceptionnelles, aidé par les conseils de notre maître, nous avons pu, trois mois durant, suivre de nombreux accouchements et en conséquence nous faire une opinion.

Nous ne saurions trop nous souvenir de la grande bonté avec laquelle Monsieur le professeur agrégé Vaudescal nous a guidé dans nos recherches. Nous sommes heureux de l'en remercier aujourd'hui et de lui dire publiquement combien nous lui sommes reconnaissant.

Monsieur le professeur Brindeau a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. L'Eminent Maître nous a ainsi donné une marque de haute bienveillance. Nous sommes heureux de lui témoigner ici notre respectueuse reconnaissance.

Nous avons examiné systématiquement chaque semaine, à jour fixe, toutes les primipares que nous avons vues à la clinique Tarnier. Nous avons noté les indications relatives à celles

dont la tête était encore mobile au détroit supérieur à la fin de la grossesse.

Nous n'avons retenu, après un examen attentif, que celles chez lesquelles, aucune anomalie tant du côté de la mère que du fœtus ou de ses annexes, ne pouvait expliquer l'engagement tardif de la tête.

Nous n'avons tenu compte que des femmes ayant mené leur grossesse à terme et ayant accouché d'enfants de poids normal.

Nous avons ainsi conservé cinquante observations que nous avons l'honneur d'exposer ci-après.

Ces cinquante observations ont été prises, parmi 300 primipares, que nous avons examinées, au hasard de la consultation, à la clinique Tarnier.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Jusqu'au début du 19e siècle les auteurs ne se sont pas préoccupés de l'époque à laquelle se faisait l'engagement dans les présentations du sommet.

C'est en 1807 pour la première fois que Gardien signale l'engagement de la tête comme une des causes expliquant l'abaissement de l'utérus ; « Souvent, la matrice est plus basse le col plus facile à atteindre et le ventre s'affaisse vers le milieu du 9e mois ;... mais on trouve surtout une autre cause de cet affaisement du ventre, vers la fin de la grossesse, dans la présence de la matrice dans l'excavation, que la tête de l'enfant a entraîné au-devant d'elle, en plongeant dans la cavité du petit bassin. »

En nous reportant à l'historique que résume Baur dans sa thèse, nous voyons que Maynier, Cazeaux, Chailly, Burus dans leurs traités d'accouchements sont muets sur la question.

Pour Nœgelé, c'est « dans le 9e mois, c'est-à-dire trois à quatre semaines avant l'accouchement » que l'on peut constater les signes de l'engagement. La tête de l'enfant dit-il est très peu mobile. Elle représente une demi boule sur laquelle on reconnaît en arrière, tout près de l'excavation du sacrum le col. »

Pour Velpeau, c'est « deux, quatre, huit, dix et même vingt jours avant l'époque, chez certains sujets » qu'il faut placer l'abaissement de l'utérus et les signes subjectifs traduisant l'engagement de la tête.

des doigts, quand les mains plongent profondément dans le bassin. On peut rechercher le front. La proéminence du front au-dessus du niveau ou s'est enfoncé l'occiput marque simplement la flexion.

Le palper de l'épaule fournit un excellent signe de la position d'une part et surtout du degré d'engagement.

Il faut commencer par provoquer le relâchement des parois abdominales, en faisant mettre la femme dans le décubitus dorsal, les jambes demi-fléchies, la bouche ouverte.

Cela fait, on cherche le pôle céphalique. On laisse les doigts mi-fléchis, glisser sur cette tête en déprimant assez fortement la paroi abdominale. On ne tarde pas à arriver sur le sillon formé par la dépression du cou. En continuant l'exploration, la main qui doit rencontrer l'épaule, est bientôt arrêtée par une légère saillie, assez sensible cependant, qui retient les doigts, alors que l'autre main continue à monter sans rencontrer d'obstacle.

Donc, en remontant de la région sus-pubienne vers l'ombilic, on trouve une petite saillie au-dessous de laquelle est une dépression répondant au cou. Cette saillie est l'épaule antérieure.

Cette recherche est entravée par l'épaisseur anormale de la paroi abdominale, l'hydramnios, le nervosisme de la femme. Généralement facile chez les primipares, la recherche de l'épaule pourra présenter des difficultés chez les multipares à cause de l'antéversion de la matrice.

Il faut se rappeller que c'est au-dessus du moignon de l'épaule que se trouve le foyer maximum d'auscultation; et que l'épaule ne se déplace pas sous le doigt contrairement aux petits membres, qui pourraient quelquefois donner la même sensation d'arrêt.

En règle générale, la recherche de l'épaule est des plus faciles pendant la grossesse.

Pendant le travail le palper est gêné par les contractions utérines et la femme se prête moins docilement à l'examen.

Toucher. — La possibilité d'introduire trois doigts de champ, ou seulement deux doigts, ou un seul doigt, entre le pôle descendant de la tête et le plan osseux cocci-sacré montre que la tête est annoncée au détroit supérieur, ou est engagée, ou a achevé sa descente (FARABEUF).

Auscultation.— L'auscultation donne peu de renseignements. Tout au plus pourrait-elle montrer que le foyer maximum s'est un peu abaissé.

Tels sont les moyens qui permettent d'apprécier le degré de pénétration de la tête dans le petit bassin. Nous avons employé de préférence la palpation de l'épaule et la mensuration de sa hauteur au-dessus du pubis. Ce procédé nous a paru le plus précis. Nous l'avons d'ailleurs toujours soigneusement contrôlé par toutes les autres méthodes d'examen.

Nous avons mesuré la distance qui séparait l'épaule antérieure caractérisée par son acromion, du bord supérieur de la symphyse pubienne : c'est la distance acromio-pubienne (P.). Puis la distance acromiomédiane ou longueur de la perpendiculaire abaissée de l'épaule antérieure sur la ligne blanche (D.).

Nous avons considéré que l'engagement de la tête était fait quand :

Dans les variétés antérieures : P moins de 7 cm.

Dans les variétés postérieures : P moins de 9 cm.
D moins de 8 cm.

Dans les variétés postérieures, en effet, il est indispensable de tenir compte des deux distances P. et D.

Pour le toûcher, nous avons appliqué la règle de Farabeuf.

OBSERVATIONS

Observation I

Yvonne D... 22 ans.

Dernières règles du 18 au 22 janvier.

Le 18 octobre. Grossesse de huit mois 1/2.

Paroi abdominale mince et souple. Abdomen peu développé.

Hauteur utérine 32 cm.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche.

Maximum des bruits du cœur à gauche, O. I. G. T.

D égal 7. P égal 14.

Le 28 octobre. Près du terme.

D égal 5. P égal 12 : tête non engagée, encore mobile.

Le 8 novembre.

D égal 4 : P égal 10. Tête annoncée en O. I. G. A.

Le 9 novembre.

Tête engagée après le début du travail. D égal 2 ; P égal 7.

Accouchement normal.

Durée : 14 h. 30.

Garçon pesant 3.720 gr.

Observation II

Brigitte X... 25 ans.

Dernières règles du 10 au 13 février.

Le 20 octobre. Grossesse de huit mois.

Paroi abdominale souple, peu de vergetures.

Tête en bas mobile. Dos à gauche. D égal 7. P égal 15.

Le 6 novembre, à terme.

D égal 6 ; P égal 12 : tête amorcée.

Le 7 novembre.

Engagement au cours du travail.

Accouchement naturel à terme assez pénible.

Durée 19 h. Enfant normal. Périné déchiré.

Observation III

Ernestine M... 24 ans.

Dernières règles du 13 au 15 janvier.

Le 1er novembre : grossesse à terme.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche. D égal 3. P égal 14.

Le 18 novembre. D égal 0 ; P égal 6. Tête engagée en O. I. G. A.

Le 20 novembre : accouchement naturel un peu retardé. Mauvaises parties molles. Lenteur de la période d'expulsion. Déchirure du périné.

Durée du travail : 16 heures 30 dont 2 heures 30 pour la période d'expulsion.

Garçon pesant : 3.300 grammes.

Délivrance complète et naturelle : 520 gr.

Cette femme avait un abdomen tendu avec de multiples vergetures, un vagin légèrement atrésié, le toücher était très douloureux. Nous n'avons pas trouvé de rétrécissement du bassin osseux, mais dès notre premier examen nous avons pensé que les parties molles seraient déficientes et que l'accouchement serait assez pénible. Dans un cas pareil il faut prévoir un forceps pour lenteur de la période d'expulsion, et déchirure du périné presque certaine.

Observation IV

Yvonne B... 30 ans.

Dernières règles du 5 au 10 janvier.

Grossesse normale suivie à la clinique Tarnier.

L'engagement de la tête ne s'est fait qu'au cours du travail, c'est-à-dire le 5 novembre.

Accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3.300 gr.

Délivrance naturelle et complète : 670 gr.

Durée du travail : 9 heures 20.

Observation V

Emilienne M... 18 ans.

Dernières règles du 23 au 25 janvier.

Suivie régulièrement à la clinique Tarnier.

Le 5 novembre à 4 heures 45 : tête en voie d'engagement. Dos à gauche. Enfant vivant. Col dilaté comme deux francs.

A 7 heures : tête complètement engagée. Dilatation 5 francs.

A 9 heures 30 : bosse séro sanguine.

A 11 heures : Dilatation complète.

A 12 h. 40 : Accouchement artificiel à terme. Application de forceps Demelin sur sommet pour lenteur de la période d'expulsion.

Dégagement en O. P.

Enfant vivant : 3.720 gr.

Délivrance naturelle et complète : 500 gr.

3/4 de cm^3 d'hypophyse.

Observation VI

R... 22 ans.

Dernières règles du 12 au 20 janvier.

Engagement en O. I, G. A. au moment du travail.

Accouchement normal.

Durée du travail { dilatation 15 heures. / expulsion 45 minutes.

Observation VII

Marguerite H... 31 ans.

Dernières règles du 11 au 17 janvier.

Grossesse normale suivie à la clinique Tarnier.

Le 7 octobre : la tête tend à se fixer. Dos à droite { D égal 5. P égal 10.

Le 30 octobre seulement la tête est engagée. P égal 8. D égal 6.

Accouchement à terme le 5 novembre ; sommet en O. I. D. P.

Durée du travail { dilatation : 14 heures 30. expulsion : 2 heures 5.

Délivrance artificielle pour non décollement du placenta et hémorragie.

Délivrance : 530 grammes.

Glace sur le ventre.

Observation VIII

Paulette B... 22 ans.

Dernières règles fin janvier.

Le 15 octobre grossesse de huit mois 1/2. Tête en bas mobile. Dos à gauche. Enfant vivant. D 8 égal ; P égal 16.

Le 25 octobre même diagnostic.

Seulement le 1er novembre, la tête est fixée.

Le 5 novembre : à 18 heures, tête fixée. Dilatation deux francs. Poche des eaux intacte.

A 19 heures 30 : rupture de la poche des eaux. Petite paume.

Le 6 novembre : à 5 heures 30, la femme n'ayant plus de contractions utérines depuis 1/2 heure, on lui fait 1/4 de cm³ d'hypophyse.

A 5 heures 40 : accouchement naturel à terme. Sommet en O. I. G. A. Dégagement en O. P.

Délivrance naturelle et complète.

Durée du travail { dilatation : 16 heures 40. expulsion : 1 heure.

Observation IX

Yvonne L. . 16 ans.

Dernières règles (?)

Engagement de la tête en O. I. G. A. au cours du travail.
Le 6 novembre à 9 heures 30 : dilatation complète.
A 11 heures, application de forceps n° 9 sur sommet en G. A. pour lenteur de la période d'expulsion.
Suites normales.

Observation X

Brigitte R..., 24 ans.

Dernières règles du 10 au 13 février.
Le 23 octobre : grossesse de 8 mois : tête en bas mobile, dos à gauche.
Le 6 novembre : tête fixée. D égal 2 ; P égal 11.
Le 7 novembre : accouchement naturel à terme.

Observation XI

Yvonne C..., 22 ans.

Dernières règles du 18 au 22 janvier.
Le 18 octobre : la tête est encore mobile. Dos à gauche.
D égal 4 ; P égal 15.
Le 29 octobre : même diagnostic.
Le 8 novembre : la femme est en travail ; la tête est encore élevée à 18 heures. P égal 12.
Le 9 novembre : à 0 h. 50, examen par le chef de clinique, col souple, dilatation deux francs. Bruits du cœur bons. Tête encore haute. 1 cm3 de morphine.
A 3 heures : tête fixée, dilatation 5 francs.
A 11 heures : Dilatation complète. Rupture artificielle de la poche des eaux.
A 12 h. 45 : accouchement naturel à terme.
Durée du travail : dilatation : 28 heures ; expulsion : 1 h. 45.
Episiotomie.

Observation XII

Marie M..., 24 ans.

Dernières règles du 13 au 15 janvier.

Tête engagée le 18 novembre en O. I. G. A.

Accouchement le 20 novembre. Forceps dans l'encavation pour inertie utérine.

Temps écoulé entre l'engagement et l'accouchement 2 jours.

Observation XIII

Alice L..., 22 ans.

Date des dernières règles du 25 au 29 janvier.

Le 12 septembre : grossesse de sept mois. Tête en bas mobile. Dos à gauche. Enfant vivant.

Le 10 octobre : même diagnostic.

Le 17 octobre : 8 mois et demi. Tête encore mobile D. égal 8 ; P égal 16.

Le 31 octobre : Près du terme. Sommet amorcé. Dos à gauche.

Le 9 novembre : accouchement naturel à terme.

O. I. G. A.. Dégagement en O. P.

Garçon vivant pesant 3.080 grammes.

Délivrance naturelle complète : 450 grammes.

L'engagement de la tête s'est fait dans les 10 derniers jours de la grossesse.

Observation XIV

Marcelle M..., 19 ans.

Dernières règles du 31 janvier au 7 février.

Le 22 octobre : grossesse de plus de huit mois. Tête en bas mobile. Dos à gauche. Enfant vivant.

Le 8 novembre : même diagnostic.

Le 9 novembre : à 4 heures : tête fixée. Dilatation de deux francs.

A 9 h. 1/4 : tête engagée. Dilatation complète.

A 11 h. 45 : application de forceps Tarnier sur

sommet en gauche antérieure pour modifications des bruits du cœur et lenteur de la période d'expulsion.

Fille vivante : 3.300 grammes.

Délivrance naturelle et complète : 480 grammes.

Observation XV

Marie D..., 31 ans.

Dernières règles du 27 au 30 janvier.

Le 16 octobre : grossesse de huit mois. Tête en bas mobile. Dos à gauche.

Le 30 octobre : 8 mois et demi, même diagnostic.

Le 6 novembre : près du terme, même diagnostic.

Le 9 novembre : tête en bas mobile, dos à gauche, enfant vivant, col en voie d'effacement.

Le 10 novembre : à 10 heures : tête engagée, dilatation de un franc.

A 15 h. 30 : même dilatation.

A 19 heures : dilatation entre deux et cinq francs. Contractions violentes et continues, 1 cm3 de morphine. Rupture des membranes. Périodes alternées d'excitation avec délire au moment des douleurs et de coma avec stentor.

Cathétérisme de vessie : albumine, traces.

Forceps au moment de l'extraction ; sous chloroforme.

A 21 heures : naissance d'une fille vivante de 3.250 grammes,

A 21 h. 45 : Délivrance naturelle et complète : 450 grammes.

On n'avait pas trouvé d'albumine au cours de la grossesse. La tension artérielle maxima était de 17 1/2 au Vaquez.

Observation XVI

Suzanne L..., 24 ans.

Une fausse couche de deux mois en novembre 1924.

Dernières règles du 24 au 27 février.

Le 6 novembre : 8 mois. Tête élevée très mobile.

Le 20 novembre : même diagnostic.
Le 22 novembre : accouchement naturel en O. I. G. A.
Fille vivante pesant 3.020 grammes.
Arrière foix pesant 650 grammes.
W : négatif.

Observation XVII

Gabrielle L..., 25 ans.
Dernières règles du 25 au 28 janvier.
Le 30 octobre : 8 mois : tête en bas mobile. Dos à gauche.
Le 6 novembre : tête fixée. D égal 6 ; P égal 11.
Le 10 novembre : tête engagée en O. I. D. P. : D égal 7 ; P égal 9.
Le 11 novembre : accouchement naturel en O. I. D. P. Dégagement en O. P.
Enfant pesant : 3.870 grammes.
Placenta : 670 grammes.
La tête s'est engagée dans les cinq derniers jours de la grossesse.

Observation XVIII

Germaine H... 34 ans.
Dernières règles du 18 au 22 février (?)
Le 30 octobre : grossesse qui paraît à terme.
Tête mobile en G. T.
Col perméable, membranes intactes.
Le 4 novembre : tête en voie d'engagement. D égal 0 ; P égal 10.
Le 11 novembre : accouchement normal.
L'engagement s'est fait dans les 10 derniers mois de la grossesse.

Observation XIX

Jean O... 39 ans.
Dernières règles du 18 au 21 février.
Grossesse normale suivie à la clinique Tarnier.
Le 11 novembre : à 8 heures : sommet amorcé. Femme en travail.

A 22 heures : accouchement naturel à terme. L'engagement s'est fait pendant le travail.

Observation XX

Julie R... 24 ans.

Dernières règles du 9 au 11 février.

Grossesse normale suivie à la clinique Tarnier.

Le 19 octobre : 8 mois. Tête mobile.

Le 14 novembre : tête fixée : D égal 2 ; P égal 10.

Le 15 novembre : engagement de la tête pendant le travail.

O. I. G. A. Accouchement normal.

Observation XXI

Marcelle M... 28 ans.

Dernières règles fin janvier.

Vient à la clinique le 14 novembre pour la première fois.

Grossesse à terme : tête fixée, dos à gauche. Dilatation 5 francs.

Le 15 novembre à 2 heures 30 : dilatation entre 5 francs et petite paume. Membranes intactes. Bruits du cœur bons. Tête encore élevée.

La dilatation progresse jusqu'à 19 h. 30. La poche des eaux est intacte, la tête reste encore élevée.

A 20 heures, dilatation grande paume. Rupture artificielle de la poche des eaux. Liquide teinté de méconéum. Les bruits du cœur sont bons. La femme a peu de contractions, la tête bien fléchie descend légèrement dans l'excavation. Le col est revenu sur lui-même. Dilatation de petite paume. Col épais œdématié, peu de contractions.

21 heures. On fait une rachi-anesthésie. Le col devient souple.

Pas de contractions.

21 h. 5. 1/4 c. c. d'hypophyse : pas de résultat.

21 h. 25. 1/4 c. c.^{3} d'hypophyse : quelques contractions.

On fait une application de forceps Demelin sur une tête élevée en G. T. pour défaut de contractions utérines, lenteur du travail, liquide teinté de méconium.

Rachi-anesthésie - hypophyse.
Extraction d'une fille pesant 3.550 gr.
Délivrance naturelle et complète : 750 gr.
Enfant décédé le 29 novembre.

Observation XXII

Lucile L... 19 ans.

Dernières règles du 9 au 12 février
15 octobre : tête mobile, dos à droite.
25 octobre : même diagnostic.
10 novembre : tête tendant à se fixer : D égal 8 ; P égal .
16 novembre : tête engagée en O. I. D. P.
Accouchement normal. Déchirure du périné.

Observation XXIII

Léontine L... 21 ans.

Dernières règles du 5 au 10 février.
Le 16 octobre : 8 mois 1/2, tête mobile, dos à droite.
Ce 11 novembre : tête encore élevée. P égal 14.
Le 13 novembre : tête tendant à se fixer.
Le 14 novembre : même diagnostic. Dilatation 0 fr. 50.
Le 17 novembre : dilatation 1 franc, tête engagée, membranes rompues.
A 5 h. : Accouchement naturel d'un enfant vivant pesant 3.970 grammes.
Après l'accouchement inertie utérine, hémorragie.
5 h. 25 : 1 c. c. d'hypophyse.
500 gr. de sérum sous cutané. Femme un peu pâle, pouls rapide, le placenta ne se décolle pas.
7 h. 15 : Anesthésie à l'éther, 500 gr. de sérum sous cutané, 40 cm^3 d'huile camphrée.
Délivrance artificielle : adhérence sur toute l'étendue de la zone placentaire. Décollement assez pénible. Injection iodée intra utérine.

Observation XXIV

Suzanne S... 18 ans.

Dernières règles du 1er au 5 février.

15 octobre : tête mobile, dos à droite.

30 octobre : même diagnostic.

Le 17 novembre : l'engagement se fait au cours du travail.

Accouchement normal. Périné déchiré.

Observation XXV

Cécile M. . 23 ans.

Dernières règles du 3 au 9 janvier.

Le 15 septembre : tête mobile, dos à gauche.

Le 30 septembre : même diagnostic.

Le 10 octobre : tête fixée.

Le 19 octobre : accouchement normal à terme.

Enfant : 3.970 gr.

Placenta : 560 gr.

Observation XXVI

Renée D..., 16 ans.

Dernières règles le 22 décembre 1922.

Le 1er octobre : grossesse de 8 mois et demi : tête mobilier, dos à gauche.

Le 3 octobre : tête fixée ; D égal 2 ; P égal 10.

Le 20 octobre : engagement de la tête au cours du travail.

Accouchement naturel à terme en O. I. G. A.

Garçon pesant 3.250 grammes.

Délivrance naturelle et complète : 520 grammes.

Durée du travail : 15 heures.

Périné intact.

Observation XXVII

Carmen P..., 19 ans.

Dernières règles du 5 au 7 janvier.

Le 2 octobre : grossesse, grossesse de 8 mois et demi.
Tête mobile, dos à gauche.
Le 21 octobre : à terme.
A 22 heures : début du travail. Tête haute D égal 1 ; P égal 11.
Le 22 octobre à 21 heures : sommet annoncé dos à droite. Dilatation un franc. Membranes intactes. D égal 0 ; P égal 10.
A 10 heures : tête engagée ; dilatation petite paume. 1 cm3 de morphine.
A 21 heures : rupture artificielle des membranes.
A 23 heures : dilatation complète, la femme pousse.
A 24 heures : accouchement spontané d'un garçon vivant pesant : 3.840 grammes.
A 0 h. 30 : délivrance naturelle et complète : 620 grammes.

Observation XXVIII

Madame B..., 23 ans.

Dernières règles du 6 au 10 janvier.
Le 22 septembre : grossesse de 8 mois normale. Tête en bas mobile.
Le 1er octobre : grossesse de 8 mois et demi.
Abdomen normal. Squelette normal.
Hauteur utérine : 33 centimètres.
Tête en bas fixé. Dos à droite. D égal 10 ; P égal 13.
Le 21 octobre : engagement de la tête en O. I. D. P.
Le 24 octobre : accouchement artificiel à terme. Application de forceps Tarnier pour lenteur de la période d'expulsion.

Observation XXIX

Primipare, 26 ans.

Premier examen fait 10 jours avant l'accouchement.
Paroi abdominale normale. Abdomen assez développé.
Hauteur utérine : 33 centimètres.
Tête mobile au dessus du détroit supérieur. Dos à gauche.

O. I. G. T : D égal 8 ; P égal 14.

Trois jours avant l'accouchement l'épaule est caractérisée par D égal 5 ; P 10, la tête est amorcée.

Au début du travail. Col effacé D égal 3 ; P égal 7. Tête engagée.

Accouchement normal à terme.

Observation XXX

Germaine F..., 21 ans.

Dernières règles du 15 au 20 janvier.

Le 1er octobre : grossesse de 8 mois.

Tête mobile au détroit supérieur. Dos à gauche.

Le 15 octobre : tête engagée en O. I. G. A.

Le 25 octobre : accouchement naturel à terme.

Durée du travail : 26 heures.

Enfant vivant pesant : 3.320 grammes

Placenta : 590 grammes.

Observation XXXI

Yvonne B..., 30 ans, primipare.

Dernières règles du 5 au 10 janvier. A travaillé jusqu'à huit mois.

Abdomen : quelques vergetures. Utérus normal.

Le 5 décembre : Tête engagée en O. I. D. P.

Le 5 novembre : Accouchement artificiel à terme. Application de forceps Tarnier pour modifications des bruits du cœur.

Extraction d'une fille vivante pesant : 3.300 grammes.

Délivrance naturelle et complète : 670 grammes.

Durée du travail : 9 h. 20.

Engagement pendant le travail.

Observation XXXII

R..., 22 ans, primipare.

Dernière règles du 12 au 20 janvier.

Tête engagée au cours du travail. Accouchement naturel à

terme, sommet en O. I. G. A. Dégagement en O. P.

Garçon vivant : 3.000 grammes. Délivrance naturelle complète: 540 grammes.

Durée du travail : 15 h. 45.

Observation XXXIII

C..., 23 ans, primipare.

Dernières règles du 3 au 8 janvier

Le 23 octobre : engagement de la tête. D égal 0 ; P égal 9.

Le 1er novembre : accouchement naturel à terme.

Enfant vivant : 3.970 grammes. Délivrance naturelle complète : 680 grammes.

Temps écoulé entre l'engagement et l'accouchement : 9 jours.

Observation XXXIV

Olga M..., 26 ans.

Dernières règles du 7 au 12 janvier.

Le 10 octobre : grossesse de 8 mois.

Abdomen très développé. Nombreuses vergetures.

Hauteur utérine : 33 centimètres.

Tête en bas mobile d'une fosse iliaque à l'autre.

Dos à droite. D égal 9 P égal 12.

Vagin étroit. Toucher douloureux. Utérus normal.

Le 10 novembre : près du terme.

Tête encore haute et mobile. D égal 9 ; P égal 11.

Le 20 novembre : accouchement à terme.

La tête mal fléchie ne s'est engagée que lorsque la dilatation étant presque complète, on a rompu la poche des eaux.

Accouchement long et douloureux.

Enfant pesant : 3.275 grammes.

Délivrance naturelle et complète.

Durée du travail : dilatation 14 heures. Expulsion 1 h. 30.

Episiotomie.

Observation XXXV

Yvonne, O..., 31 ans.

Dernières règles du 18 au 22 février.

Le 10 novembre : grossesse de 8 mois et demi.

Tête en bas mobile. Dos à gauche. D égal 3 ; P égal 12.

Le 24 novembre : à terme.

Tête en bas mobile. Dos à gauche. D égal 1 ; P égal 11.

Col presque effacé. Membranes intactes.

Le 25 novembre : 1 h. 10. Tête mobile. Dos à gauche.

Dilatation petite paume. Col assez épais. T. O. égal 37° 3.

11 heures : tête en transverse à mi-excavation. Chevauchement des os. Bosse séro-sanguine importante.

12 h. 40 : Dilatation grande paume.

14 heures : Dilatation complète. Bruits du cœur bons.

14 h. 30 : perte de méconium. Bruits du cœur sourds, lointains, rapides.

14 h. 45 : accouchement artificiel à terme. Forceps Demelin sur sommet en G. T. pour souffrance du fœtus.

Fille vivante pesant : 2.850 grammes. Délivrance naturelle : 440 grammes.

Observation XXXVI

Suzanne H... 20 ans.

Dernières règles du 1er au 4 février.

12 octobre, 8 mois environ.

Tête en bas, élevée. Dos à gauche.

Promontoire non accessible.

Bonnes parties molles.

9 novembre, à terme. Sommet mobile tendant à se fixer.

21 novembre. 2 heures. Dilatation complète, rupture de la poche des eaux, tête qui descend.

Lenteur de la période d'expulsion, à 3 h. 20 : 1/3 c. c. d'hypophyse.

4 h 35. Accouchement naturel à terme.
O. I. C. A. dégagement en O. P.
Fille vivante pesant 3.400 gr.
5 h. 20. Délivrance naturelle et complète : 75[illegible] gr.
Durée du travail { dilatation 46 heures. / expulsion 2 h. 30.

Observation XXXVII

Suzanne 34 ans.

Dernières règles du 2 au 8 février.
1[es] examen le 21 novembre, à terme.
Tête mobile au-dessus du détroit supérieur.
Dos à gauche.
Vaginisme. Le toucher ne peut être pratiqué.
22 novembre : examen sous chloroforme à 1 heure.
Bassin normal. Mauvaises parties molles.
Dilatation 0 fr. 50, tête annoncée.
A 8 h. 35. Accouchement naturel à terme en O. I. G. A.
Fille vivant pesant 3.400 gr.
Arrière faix 400 gr.
Périné : 2 crins.
Dilatation : 19 heures 45.
Expulsion : 45 minutes.

Observation XXXVIII

Mathilde L... 35 ans.

Dernières règles du 3 au 6 février.
Le 20 octobre, grossesse de 8 mois.
Tête en bas mobile. Dos à gauche. O égal 3. P égal 12.
15 novembre, à terme. Tête encore mobile. D égal 1 ; P égal 11.
Bonnes parties molles.
20 novembre. Accouchement naturel à terme après rupture artificielle de la poche des eaux à dilatation complète.

Garçon vivant pesant 3720 gr.
Délivrance naturelle et complète : 770 gr.

Observation XXXIX

Madeleine W... 21 ans.

Dernières règles du 9 au 15 février.
15 octobre, grossesse de 8 mois.
Bonne paroi abdominale, Hauteur utérine 31 cm.
Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à droite. D égal 10 ! P égal 13.
1er novembre, même diagnostic.
20 novembre. 17 h., à terme.
Sommet amorcé.
Dos à droite. Dilatation 5 francs. Membranes rompues.
17 h. 30, tête fixée en droite postérieure. Dilatation 5 francs. Col épais. 1 cm^3 de morphine.
18 h., tête qui descend, dilatation petite paume. Bruits du cœur bons.
20 h. 30, accouchement artificiel à terme. Application de forceps Tarnier sur sommet en D. P. pour défaut de rotation de la tête.
Fille vivante pesant 3.350 gr.
20 h. 45, délivrance naturelle complète 670 gr.

Observation XXXX

Germaine H... 32 ans.

Dernières règles du 10 au 15 février.
20 octobre, grossesse de 8 mois.
Bonne paroi abdominale. Hauteur utérine 32 cm.
Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche. D égal 7. P égal 14.
2 novembre, 8 mois 1/2, tête non engagée.
24 novembre, 0 h.

Dilatation 2 francs. Tête fixée en G. T.

Membranes rompues depuis 36 heures.

4 heures, dilatation cinq francs, bruits du cœur bons.

7 h. 30, dilatation petite paume, bruits du cœur bons.

Température 38°3.

15 h., dilatation complète. La femme étant fatiguée, en travail depuis 2 jours et la tête étant toujours en G, T., on décide de terminer l'accouchement.

15 h. 30, forceps Demelin. Extraction d'une fille ranimée facilement pesant 3.600 gr.

Délivrance naturelle complète. Poids 650 gr.

Infection amniatique. Légère hémorragie. On vérifie le col qui est intact.

2 c. c. d'hypophyse, 1 c. c. d'ergotine. Injection intra utérine iodée 500 c. c. de sérum sous-cutané.

Périné intact. Episiotomie : 3 crins.

Anesthésie au chloroforme.

Observation XXXXI

Marguerite H... 24 ans.

Dernières règles du 13 au 20 février.

L'engagement de la tête ne s'est fait qu'au cours du travail.

Déchirures profondes du périné. 2 catguts profonds et 2 crins.

Observation XXXXII

Lucie B...

Dernières règles du 15 au 16 janvier.

Le 20 octobre, grossesse de huit mois.

Abdomen bien développé. Hauteur utérine 32 cm.

Tête en bas mobile. Dos à droite. D — 9 cm. P — 13.

Pas de promontoire. Légère atrésie des parties molles.

26 novembre, à terme.

Tête fixe. Dos à droite. D égal 9 : P égal 12.

Col long perméable

27 novembre, accouchement naturel à terme en O. I. D P.
Déchirure du périné.

Observation XXXXIII

Marcelle A... 25 ans.

Dernières règles du 10 au 15 février.

Le 18 octobre, grossesse de 8 mois.
Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche.

Le 18 novembre seulement la tête est engagée en O I. G. A.
Accouchement normal.
Particularité : insertion marginale du cordon.

Observation XXXXIV

Louise M.. 31 ans.

Dernières règles du 18 au 23 février.

Le 20 octobre, grossesse de 8 mois.
Tête en bas mobile. Dos à gauche,

Le 26 novembre, accouchement à terme par application de forceps Tarnier sur sommet en G. T. pour modification des bruits du cœur et lenteur de la période d'expulsion.

Observation XXXXV

Victorine H..., 28 ans.

Dernières règles du 27 au 28 février.

Le 20 octobre : Abdomen normal. Hauteur utérine.
Grossesse de 7 mois un quart. Tête mobile. Dos à gauche.

Le 20 novembre : grossesse de 8 mois et demi. Tête mobile. Dos à gauche.

Le 1er décembre : à terme. tête engagée en O. I. G. A.

Le 17 décembre : Accouchement.
1/2 c. c. d'hypophyse au moment de la dilatation complète, les membranes étant rompues spontanément.

Périné 3 crins.

Observation XXXXVI

Emilia P..., 25 ans.

Dernières règles du 1er au 5 mars.

Abdomen normal. Squelette normal.

Le premier examen est fait au moment des douleurs,

Le 15 décembre à 18 heures : apparition des premières douleurs.

Tête mobile à la partie supérieure de l'excavation. Dilatation entre 2 et 5 francs.

Le 16 décembre à 18 heures : même état.

Le 17 décembre à 18 heures : tête fixée à la partie supérieure de l'excavation. Dilatation entre petite et grande paume. Membranes intactes.

19 h. 25 : tête fixée, bruits du cœur rapides, dilatation grande paume. Rupture artificielle des membranes. Liquide légèrement teinté.

20 h. 30 : tête engagée. Dilatation presque complète. Bruits du cœur bons.

22 h. 15 ; 1/2 c. c. d'hypophyse : bonnes contractions, la tête descend, les bruits du cœur deviennent irréguliers.

On décide une application de forceps Demelin sur sommet en G. A. dans l'excavation pour lenteur du travail (53 h. 10) et modifications des bruits du cœur.

Fille vivante pesant : 3.320 grammes

Délivrance naturelle : 380 grammes

Anesthésie au chloroforme. Glace,

Durée totale du travail : 53 h. 10.

Observation XXXXVII

Germaine A... 25 ans.

Dernières règles du 23 au 27 décembre 1924.

Le 11 août, grossesse de 7 mois : tête en bas mobile, gauche.

Le 25 septembre : tête encore mobile.

4 octobre : grossesse normale, à terme.

Tête à peine fixée : dilatation 2 francs.

Le 3 octobre. Accouchement naturel à terme après rupture artificielle de la poche dos eaux à la dilatation complète.

Suites normales.

Durée du travail : 51 heures.

Observation XXXXVIII

G... 29 ans.

Dernières règles du 13 au 15 décembre. Grossesse normale. Accouchement naturel à terme le 3 octobre. L'engagement s'est effectué au cours du travail.

Périnéorraphie, 1 surjet au catgut ; 3 crins.

Observation XXXXIX

B... 22 ans.

Grossesse normale. Engagement 3 jours avant le début du travail. Accouchement normal.

Observation L

L... 33 ans.

Grossesse normale. Tête mobile jusqu'au début du travail. Forceps.

RÉSULTATS

Nous avons retenu trois cents observations de primipares ne présentant aucune anomalie :

Chez 250 d'entre elles, la tête était engagée avant la fin du 8e mois.

Chez 50 d'entre elles, c'est-à-dire dans 17 pour 100 des cas, la tête n'était pas encore engagée quelques jours avant l'accouchement.

Parmi ces 50 femmes, 12 ont subi une application de forceps pour lenteur de la période d'expulsion.

3 ont eu une délivrance artificielle pour non décollement du placenta.

Chez 7 femmes, on a dû rompre artificiellement la poche des eaux pour permettre la descente de la tête. Il y a des déchirures du périné. Le travail a été long et douloureux.

Dans deux cas, on a fait 1/3 de cm^3 d'hypophyse à la dilation complète.

Dans trois cas, on a dû faire une épisiotomie.

$12 + 3 + 7 + 2 + 3 = 27$ cas.

Restent 23 cas dans lesquels l'accouchement naturel a été des plus normaux : c'est-à-dire 8 pour 100 des cas.

D'une façon générale, il nous a semblé que le non engagement de la tête dans les présentations du sommet était dû soit à un certain degré d'atrésie des parties molles, soit à leur manque de tonicité normale.

CONCLUSIONS

1° Dans 17 pour 100 des cas, chez des primipares paraissant ne présenter aucune anomalie, l'engagement de la tête dans les présentations du sommet, n'est pas encore effectué dans les quinze derniers jours de la grossesse.

2° 8 pour 100 de ces cas se terminent par des accouchements normaux. La tête s'engage soit quelques jours avant l'accouchement, soit au cours du travail.

3° 9 pour 100 de ces cas sont au seuil de la dystocie. Il faut surveiller attentivement le travail ; intervenir soit pour rompre artificiellement les membranes, soit pour renforcer les contractions utérines, soit pour terminer l'accouchement par un forceps, soit pour éviter une déchirure du périné.

4° En pratique, chez une primipare dont la tête fœtale est encore mobile au-dessus du détroit supérieur à la fin de la grossesse, il faut rechercher un rétrécissement pelvien ou à défaut quelque autre dystocie. Il faut faire un examen complet du squelette, puis des parties molles.

Si le squelette est normal et les parties molles bonnes, l'engagement de la tête se fera spontanément et l'accouchement sera normal.

Si le squelette paraît normal, mais si les parties molles paraissent mauvaises, il faudra se tenir prêt à intervenir.

Vu : *Le Président de thèse,*

BRINDEAU.

Vu: le Doyen,

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris

R. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Audebert et Baux. — Documents pour servir à préciser l'époque de l'engagement dans la présentation du sommet. VI° Congrès de gynécologie d'obstétrique et de pédiatrie. Toulouse, septembre 1910.

Bar, Brindeau et Chambrelent. — Pratique de l'art des accouchements. Paris, Asselin et Houzeau.

Baur. — Thèse de Toulouse 1910.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchement. Paris, Lamane 1924.

Fabre. — Communication faite à la Société des sciences médicales de Lyon, séance du 19 février 1896.

Fabre. — De la descente sus pelvienne de la tête dans les présentations du sommet pendant le dernier mois de la grossesse. Lyon médical, février 1896.

Fabre et Rheuter. — Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Cynéologie. Paris 1921.

Farabeuf et Varnier. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements.

Lenoir Sec et Tarnier. — Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchement.

Pinard. — Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical.

Rheuter. — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Lyon. 7 mars 1921.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements.

Wallich. — Eléments d'obstétrique. 4e édition, 1921, page 85.